

Année 1940

N°
659

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Charles DARRIS

Né le 24 Août 1910, à Rennes (Ille-et-Vilaine)

**La place du Facteur Psychique
dans le déterminisme
des ulcères gastro-duodénaux
et de leurs complications**

Président de Thèse :

M. TAPIE, Professeur à la Faculté de Médecine de Toulouse

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1940

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Charles DARRIS

Né le 24 Août 1910, à Rennes (Ille-et-Vilaine)

**La place du Facteur Psychique
dans le déterminisme
des ulcères gastro-duodénaux
et de leurs complications**

Président de Thèse :

M. TAPIE, Professeur à la Faculté de Médecine de Toulouse

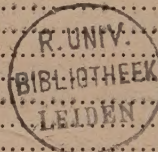
PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1940

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLÉRY-RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée.....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CHIRAY.
Clinique médicale	FIESSINGER.
»	ABRAMI.
»	LOEPER.
»	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
»	GOSSET.
»	GRÉGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
»	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose.....	TROISIÈRE.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Clinique de cardiologie.....	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie.....	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale.....	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	SANNIÉ.
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.
BARIETY	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) .	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin) .	Hydrologie.
BONNET	Bactériologie.
BOULANGER	Chimie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CACHERA	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.
COSTE	Pathologie médicale.
COUVELAIRE	Urologie.
DELARUE	Anat. pathologique.
DELAY	Pathologie médicale.
DEGREZ	Physique.
DESOILLE	Médecine légale.
DIGONNET	Obstétrique.
DOGNON	Physique.
FEVRE	Pathologie chirurgic.
FUNCK	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.
GARCIN	Pathologie médicale.
M ^{lle} GAUTHIER-VILLARS	Anat. pathologique.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.

MM.	
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOL	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathol. expérimentale.
LENEGRE	Pathologie médicale.
M ^{lle} J. LÉVY.....	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgic.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgic.
PETIT-DUTAILLIS ..	Pathologie chirurgic.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgic.
SICARD	Pathologie chirurgic.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgic.

MM.	
LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.	
ALAIJOUANINE	Clinique Médicale.
BRULÉ	
CATHALA	
CHABROL	
CHEVALLIER	
DONZELOT	
HUGUENIN	
LAROCHE (Guy)	
LIAN	
MOREAU	
PIÉDELIEVRE	Clinique Obstétricale.
SEZARY	
DUVOIR	
GASTINEL	

MM.	
BASSET	Clinique Chirurgicale.
BROcq	
CADENAT	
GATELLIER	
DE GAUDART D'ALLAINES	
LEVEUF	
MOULONGUET	Clinique Obstétricale.
MOURE	
QUENU	
ECALLE	
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé..	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

dont mon but est de suivre l'exemple.

A MA MÈRE

Qui a tant fait pour moi. Faible témoignage de ma très affectueuse reconnaissance.

A MON FRÈRE

dont la sollicitude a souvent su m'éclairer.

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A M. LE DOCTEUR TAPIE
Professeur de la Faculté de Médecine de Toulouse

*qui m'a fait le grand honneur de présider
cette thèse en des circonstances parti-
culièrement difficiles. Qu'il trouve ici
l'expression de notre respectueuse re-
connaissance.*

AU MÉDECIN COMMANDANT BUCQUET
AU MÉDECIN CAPITAINE SIFFRE

qui m'ont inspiré l'objet de ce travail.

A NOS MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

Externat :

M. le Docteur LE DAMANY
M. le Docteur MARQUIS

Internat :

M. le Docteur LE MONNIET
M. le Docteur LE GAL LA SALLE

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

M. le Professeur LENORMANT
M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE
M. le Professeur OMBREDANNE
M. le Docteur FÈVRE
M. le Docteur MAURER
M. le Docteur ROLLAND

*qui, par leur expérience et leurs conseils,
tracèrent notre voie.*

INTRODUCTION

Il est sans conteste que la déclaration de la guerre, puis l'entrée en campagne, ont été causes émotionnelles éminemment favorables à l'éclosion de multiples processus morbides où l'élément psychique intervenait seul ou en partie. Pour témoins, les infirmeries spéciales, les asiles qui, en quelques jours, virent augmenter, et de façon considérable, le nombre de leurs malades.

Mais il est plus curieux de noter, qu'en dehors de ces maisons de psychiatrie pure, les hôpitaux eux-mêmes ont accusé une recrudescence de certaines maladies : nous voulons en analyser le côté relatif aux ulcus gastro-duodénaux.

Les médecins Capitaines Buquet et Michel Siffre, assistés du médecin Lieutenant Maurice Champeau, chirurgiens au Val de Grâce à Paris ont vu, au cours du mois de septembre et des premiers jours du mois d'octobre, neuf ulcères perforés gastro-duodénaux, dont trois le même jour. Ils ont pensé qu'il

ne s'agissait pas là du seul hasard, non plus que de l'excès d'affluence de malades en cette formation. Sans doute, le recrutement était-il plus large mais la proportion d'interventions d'urgence telles qu'appendicite aiguë ou hernie étranglée n'avait pas augmenté. En 1938, le chiffre d'ulcus perforés et opérés ne dépassait pas 4. En 1939, il était de 3 pour les huit premiers mois et brusquement en 1 mois $1\frac{1}{2}$ le chiffre s'élevait à 9 cas !

Aussi était-il logique de faire une enquête dans les hôpitaux de Paris, pour constater s'il en était de même. Du 1^{er} janvier au 31 août 1939, le nombre total dans 7 des plus grands hôpitaux était de 63. En mars, période saisonnière riche en ulcus perforés, le chiffre était de 17. En septembre en dépit du départ de nombreux parisiens, le chiffre atteignait 21. Ainsi il apparaissait qu'une simple coïncidence n'expliquait pas cette augmentation rapide d'ulcus perforés. Enfin, outre ces perforations, il fut donné de recevoir au Val de Grâce, en ce même temps toute une série d'ulcères de l'estomac et du duodénum, en poussées évolutives, qui n'ont pas été jusqu'à la perforation, peut-être parce qu'elles ont nécessité des interventions chirurgicales rapides.

Nous nous proposons d'envisager rapidement les pathogénies diverses invoquées au sujet des ulcus gastro-duodénaux, mettant en évidence le rôle

constant du pneumogastrique et l'état vagotonique. Plus longuement nous analyserons les facteurs psychiques qui jouent un rôle considérable dans l'apparition de l'ulcus, dans son évolution essentiellement récidivante, dans ses complications : au premier plan : la perforation.

PREMIÈRE PARTIE

PATHOGÉNIE DES ULCUS GASTRO-DUODÉNAUX

En vérité la cause réelle d'un ulcus est aussi obscure encore que celle de sa perforation.

La formation de l'ulcus a été rattachée à de multiples processus que nous n'avons pas l'intention de discuter mais seulement de rappeler ici.

Le traumatisme n'est plus guère admis actuellement sinon pour retenir le rôle de la tachyphagie qui permet aux aliments d'arriver presque intacts à l'estomac, infligeant à la muqueuse gastrique de multiples traumatismes qui ne sont pas inoffensifs.

Les caustiques dont les gaz asphyxiants ne jouent qu'un rôle assez rare.

Après Cruveilhier on a incriminé la *gastrite interstitielle* (Gailliard) favorisant l'auto ingestion par le suc gastrique.

Pierre Duval, avec Mathieu, J. Ch. Roux et

Moutier la font même intervenir comme élément précurseur et préparatoire de l'ulcère.

La théorie vasculaire fait entrer en jeu les troubles circulatoires, notamment au niveau de la petite courbure dans certaines artérites infectieuses par exemple.

Quant à l'origine embolique soutenue par Virchone, elle est loin d'être démontrée.

Dans la théorie infectieuse soutenue par Letulle le rôle attribué par Rosenow au streptocoque jouerait pour le professeur Leriche un plus grand rôle dans l'évolution de l'ulcus et ses complications :

Que cette infection soit d'origine exogène comme le faisait remarquer Monihan en soulignant la fréquence des ulcus gastro-duodénaux après des poussées de suppuration bucco faciales, ou qu'elle soit d'origine sanguine, véritables abcès miliaires s'ouvrant dans la cavité gastrique et créant une ulcération, ce que Mathieu et Moutier ont appelé la « sape sous muqueuse ».

A ces pathogénies s'ajoute la théorie des *modifications de la composition du sang* : l'anémie. (Quincke) ; l'hémoglobinemie (Silbermann) ; l'hyperacidité (Pavy) qui suppose le reflux duodénal de Boldyreff et que des expériences contradictoires mettent malheureusement en doute.

Ivy et Shapira ont pensé que les douleurs survenant très précocement après certains aliments ne pouvaient reconnaître une participation humorale mais plutôt une origine *anaphylactique* locale. Ils réussirent à réaliser expérimentalement des ulcus en injectant l'antigène choisi à des animaux préalablement sensibilisés par divers substances protéiques.

Quant au rôle de la tuberculose et à celui de la syphilis, ils semblent devoir être écartés. Il ne s'agit pas d'ulcus véritables et Loeper s'oppose à Mario Castex qui voulait voir le rôle de la syphilis dans tous les ulcus duodénaux.

D'autres auteurs enfin ont insisté sur la *carence en acides aminés en histidine, en vitamine C*. insistance motivée par des expérimentations multiples et par la valeur confirmée de l'épreuve thérapeutique.

La théorie nerveuse nous retiendra plus longtemps.

Dès 1840, Shiff obtient par section des pédoncules cérébraux ou de la protubérance la production de l'ulcère — en 1929 cette théorie est reprise par Oberling et Kallo qui citent Claude Bernard et Burdenko pour affirmer que les « lésions cérébrales tant expérimentales que spontanées s'accompagnent parfois d'ulcérations stomacales ». Sur 29 animaux mis en expérience, à qui l'on provoque des lésions des

noyaux gris centraux, 12 présentent des lésions gastriques : érosions multiples ou poussée ulcéreuse manifeste avec prédilection pour le domaine pylorique : vaisseaux très dilatés avec hémorragies péri-vasculaires. En somme, on observe là une stase maximale suivie d'hémorragie et de digestion de la muqueuse infarctie.

En 1932, Cushing constate l'existence d'ulcus au cours des tumeurs cérébrales et admet le rôle dans leur production du thalamencéphale et surtout du tuber cinereum.

La théorie tropho nerveuse accorde au pneumogastrique un rôle primordial.

Talma coupant le pneumogastrique avait observé des ulcérations gastriques. D'autres infirmèrent ses hypothèses, et Wertheimer avait même envisagé la vagotomie comme moyen thérapeutique. Surtout, Leriche déduisit de ses multiples interventions que « la zone d'ulcus est apte sans la moindre excision à la réunion par première intention » ce qui prouverait que « l'ulcus même le plus invétéré n'est pas un trouble tropique » et bien que l'insuline ait donné de bons résultats à Cade et Barral, son rôle eutrophique n'est pas démontré puisque Dimitrahoff aurait obtenu des résultats analogues avec des extraits pancréatiques desinsulinés.

LE ROLE DE L'HYPERCHLORYDRIE L'ÉTAT VAGOTONIQUE

Il semble bien, comme l'a rappelé Bergenstein dans sa thèse, qu'il faille distinguer :

d'une part ces causes sus-indiquées et qui conditionnent un état de moindre résistance locale en tel point de la muqueuse gastrique ;

d'autre part, l'intervention de l'hyperchlorydrie quasi constante dans le déterminisme de l'ulcère.

Et si le processus ulcératif dépend de causes multiples, par contre, l'évolution vers le stade d'ulcère vrai est conditionné par l'hyperchlorydrie et l'hyperpepsie, bien que l'on ait signalé des ulcus évoluant avec achlorydrie et aepsie.

La moindre résistance locale est encore mal définie :

S'agit-il d'une diminution du mucus ;

ou d'une absence d'anti-ferments d'origine stomacale ou même sanguine ? (P. L. Marie).

Par contre l'hyperchlorydrie semble bien prendre place dans un syndrome *d'hypervagotonie* :

— expérimentalement : la section du pneumo-

gastrique puis l'excitation du bout périphérique provoque une hypersécrétion notable ;

— cliniquement, Lœpèr a souligné l'importance d'un syndrome où entre l'hypersécrétion aux côtés de spasmes, hypoleucopédèse, sialorrhée, bradycardie, augmentation du Reflexe aculo-cardiaque.

Du point de vue thérapeutique enfin, la belladonne, l'atropine, ont fait leur preuve.

Cette hypervagotonie serait :

acquise pour Loeper, l'infection locale gagne de proche en proche les éléments vasculo nerveux sus-jacents ;

constitutionnelle pour Eppinger et Hess.

Il est pourtant remarquable que cette hypervagotonie n'est pas toujours aussi riche en symptômes, néanmoins spasmes et hypersécrétion persistent, ce qui avait fait envisager à Laignel-Lavastine la notion de vagotonie locale.

Toutes ces théories pathogéniques de l'ulcus peuvent aussi bien se soutenir à propos des récidives ulcéreuses que des perforations et ici, les constatations anatomo-pathologiques ont permis d'incriminer à la base des perforations :

tantôt la rupture d'une cicatrice,

tantôt la rupture d'un ulcus en évolution destructive, sans lésion adjacente,

soit des lésions de nécrose nettement visible à l'intervention.

Le professeur Pierre Duval et Moutier, Le professeur Hartmann ont décrit des lésions inflammatoires aiguës, décelées déjà par la fièvre et la polynucléose dans la période pré-perforative.

Docq en 1937 soutenait une théorie tropho-nerveuse, après avoir reproduit des ulcus et leurs complications par diverses techniques expérimentales, sans jamais obtenir de lésions nerveuses anato-mo-pathologiques adjacentes.

Très récemment Chianello (1937) et Christophe (1938) citent des évolutions d'ulcus, et même des perforations aiguës gastro-duodénales en relation avec des lésions cérébrales.

En résumé retenons que si les causes de l'ulcus gastrique ou de la perforation sont mal élucidées et diversement interprétées, un fait est presque constant, l'hypervagotonie qui conditionne l'hyperchlo-rydrie et l'hyperpepsie, facteurs presque toujours indispensables.

Ceci nous amène à envisager la valeur des causes qui peuvent modifier ce tonus neuro-végétatif : nous voulons parler des facteurs émotionnels, des causes psychiques.

DEUXIÈME PARTIE

LE FACTEUR PSYCHIQUE

Depuis longtemps les cliniciens avaient remarqué que les perturbations nerveuses jouaient un rôle important dans l'histoire de la maladie ulcéreuse.

Sans aller jusqu'à l'opinion de Rokitansky (1849), que les modifications gastriques ne sont que les modifications locales de perturbations purement nerveuses, il faut reconnaître que celles-ci ont une place réelle.

Pourtant, nous ne pouvons envisager le rôle du facteur psychique qu'à la lumière de deux ordres de faits :

— d'une part la connaissance des travaux de Beaties (1932) et Scheedan (1934) qui produisent des ulcus gastriques en excitant la zone hypothalamique.

De même Cushing insiste sur le rôle du thalamencéphale et du tuber cinereum qui contrôlent une série d'actes organiques « très sensibles aux influences psychiques » ;

— d'autre part l'analyse brève de cette dystonie neuro-végétative dont nous avons parlé.

Hans Eppinger et Leo Hess individualisent une constitution vagotonique et Wespahl, à l'examen de 50 ulcéreux affirme qu'il existe une vagotonie que décèlent les tests pharmaco-dynamiques.

Udaondo, étudiant l'état constitutionnel des ulcères de l'estomac rappelle les travaux invoquant la gastroplose (Stiller) la constitution lymphatique (Stoerk), la constitution spasmophilique (Fleischer), et pense qu'il est impossible de décrire un type morphologique caractéristique. En revanche il souligne la fréquence des stigmates vagotoniques, avec lesquels alternent habituellement les signes d'ordre sympathique : ainsi la mydriase, la salivation, l'hyperhydrose, la constipation spastique, voire la tachycardie apparaissent fréquemment dans le cadre clinique.

C'est sur ce terrain particulièrement réceptif que les perturbations psychiques vont pouvoir retentir durement sur les phénomènes gastriques,

c'est là surtout que « l'estomac peut réagir à toute émotion que l'homme est capable de ressentir » (Barclay 1932).

Quelles sont ces perturbations psychiques ?

Les premiers, les seuls, Davies et Wilson, analysèrent ces troubles et décrivirent un type psychique.

Ils remarquèrent tout d'abord la fréquence de l'ulcus dans les villes, dans les communautés très civilisées et surtout chez les gens jeunes et actifs.

Davies est impressionné par la fréquence des événements d'ordre émotionnel précédant l'ulcus lui-même, et le rôle des perturbations morales dans le déclenchement des récives ulcéreuses.

Réalisant une vaste expérience portant sur 205 cas d'ulcus, il en note les signes de début, les rémissions, parallèlement aux événements qui ont traversé la vie du malade. D'autre part, il distingue diverses catégories selon le degré d'émotivité de chacun. Il en arrive à des conclusions particulièrement intéressantes.

*Age au moment de l'éclosion des symptômes
et type des événements relatés*

Pour les hommes, par exemple :

AGE	Travail	Argent	Maladie	Divers	Rien	Total
Au-dessous de 15 ans	4	0	1	0	1	6
De 15 à 25 ans....	17	8	3	4	6	38
De 25 à 35 ans....	7	12	0	2	7	28
De 35 à 45 ans....	6	9	3	0	2	20
De 45 à 55 ans....	4	5	2	0	4	15
Au delà de 55 ans..	0	4	2	0	0	6
	38	38	11	6	20	113

Le début des troubles a coïncidé toujours avec un ennui dans le travail, des difficultés financières ou familiales. Ainsi, dans 48 % des cas, il note des difficultés d'argent, des chagrins d'ordre familial survenus dans un temps assez court, 4 à 6 jours en moyenne, avant l'apparition des premiers signes. Chez un jeune, il s'agit plus souvent d'ennui de travail, de chagrin, chez un homme plus âgé, de soucis d'argent.

D'autre part, un homme commence-t-il tardivement une histoire ulcéreuse ? c'est qu'un trouble nouveau lui a été apporté, coïncidant avec une per-

turbation psychique, avec une qualité de chagrin, par exemple, qu'il n'avait pas encore éprouvé.

Pour les récidives, ces mêmes causes se retrouvent, les déceptions, les difficultés affectives, les émotions jalonnent la maladie ulcéreuse et indiquent les poussées évolutives.

De son étude, Davies tirait la notion d'un « *type ulcéreux* » sans doute non immuable ni indispensable, mais assez fréquent pour mériter une description.

« Jamais, dit-il, l'ulcus ne surviendra chez l'homme au visage serein. Au contraire, s'objective une expression guettant l'alerte, une appréhension continuelle et méfiante. »

« Cet homme sera aux premières lignes de l'activité, et sans repos, souvent instable, exécutant son travail avec un enthousiasme quasi fébrile, et la fierté de ce qu'il fait n'a d'égal que le désappointement et le découragement de ne pas l'avoir mené à bien. Coléreux et émotif, déprimé à la moindre épreuve, il ne semble guère vouloir vaincre les difficultés car, sans cesse, un sentiment d'insécurité l'environne. »

Il semble bien ainsi, que l'ulcéreux type soit plutôt un amphotonique :

Tendance sympathicotonique entre les poussées

d'ulcus avec agitation, instabilité, irritabilité ; vago-tonie au contraire, apathie, découragement, déclanchés par un facteur émotionnel et influençant considérablement la crise ulcéreuse.

Si Davies avait bien montré le rôle du facteur émotionnel dans le déclanchement de l'ulcus et de ses récidives, le mérite revient au Médecin Capitaine Bucquet et à ses collaborateurs de souligner son importance dans la genèse de la perforation. Voici les 9 observations signalées dans l'introduction :

OBSERVATION I (Médecin capitaine Serny). —
Yves L..., 28 ans. Ulcus du pylore perforé.

Hospitalisé le 1^{er} septembre 1939. Sorti le 29 octobre 1939..

Il est pris, trois heures après son repas, d'une douleurs de l'hypochondre droit. La douleur diffuse peu à peu à la fosse iliaque droite et s'atténue.

Examen : A l'arrivée à l'hôpital, on constate de la contracture de la région épigastrique et de la fosse iliaque droite. Le pouls est à 80 ; la température à 37°. On porte le diagnostic d'appendicite aiguë.

Intervention immédiate.

1° Appendicectomie ; l'appendice paraît sain. Epanchement bilieux inodore.

2° Laparotomie médiane sus-ombilicale ; découverte d'un ulcus perforé, à la face antérieure du pylore.

Suites opératoires normales.

Antécédents : Aucune histoire gastrique.

Trois jours avant la perforation, pour la première fois, légère crise d'hyperacidité qui dure quelques heures. Au moment où il a reçu son ordre de mobilisation, il a éprouvé une *violente émotion*, car il se trouvait près de sa femme gravement malade.

OBSERVATION II (due au Médecin lieutenant-colonel Martin). — Félix C..., 45 ans. Ulcus perforé de l'estomac. Opération à la deuxième heure.

Hospitalisé d'urgence le 10 septembre 1939.
Sorti le 3 octobre 1939.

Le matin même, à 7 heures 1/2, a été pris de vomissements et d'une douleur extrêmement vive au creux de l'estomac.

A l'examen vers 9 heures, ventre de bois, défense complète de la paroi dans toute la région sus-ombilicale.

Intervention immédiate.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. Ulcus perforé du versant duodénal de la face antérieure du

pylore, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes ; bords souples qui permettent une suture au fil de lin par points séparés, recouverte d'une épiplooplastie. Deux mèches, et un drain.

Fermeture de la paroi en un plan aux fils de bronze.

Suites opératoires normales.

Antécédents : Depuis un an, douleur gastrique, survenant une heure après les repas, par crises.

Dans les jours qui ont précédé la perforation, le malade n'a pas modifié sensiblement sa nourriture, ni sa boisson. N'est pas alcoolique. Aurait plutôt fait excès de tabac.

A la mobilisation, surmenage intense : travail de jour et de nuit, avec des crises de colère à propos du service (gendarme), sans cependant éprouver d'émotion à proprement parler.

Deux jours avant la perforation, au maximum de fatigue, recrudescence marquée des douleurs.

OBSERVATION III (Médecin capitaine Surmely).
— François M..., 35 ans. Ulcère perforé pré-pylorique. (Opération à la septième heure).

Entré d'urgence le 10 septembre 1939 pour un syndrome douloureux abdominal aigu. Sorti le 5 novembre 1939.

Le matin même, à neuf heures, coliques abdominales qui augmentent, et s'étendent vers la région épigastrique.

A l'examen : Pouls à 96, température 37°2.

Localement : contracture abdominale généralisée, mais plus marquée dans l'étage sus-ombilical.

Intervention d'urgence.

1° En raison de la persistance de la douleur spontanée dans la fosse iliaque droite, de l'installation relativement insidieuse des phénomènes douloureux aigus, on décide d'explorer d'abord la région appendiculaire.

Incision de Mac Burney. Liquide dans le ventre en grande quantité, inodore : appendice sain. Appendicectomie au thermocautère ; fermeture.

2° Laparotomie médiane sus-ombilicale. Face antérieure de l'estomac, à un centimètre du pylore, perforation du diamètre d'un pois.

Suites opératoires normales.

Antécédents : Ethylisme avoué. Passé gastrique très net. Pas d'hématémèses. Quelques crampes épigastrique vers trois heures de l'après-midi, pendant quelques jours, au début de la mobilisation : recrudescence.

OBSERVATION IV (Médecin capitaine Siffre). — Otto S..., 39 ans. Ulcus perforé du duodénum. (Opération à la troisième heure.)

Hospitalisé le 14 septembre 1939. Sorti le 20 octobre 1939.

Le 14 à midi, le sujet est pris d'une violente douleur au niveau du creux épigastrique s'accompagnant de vomissements alimentaires.

Examen : contracture de toute la région épigastrique avec maximum des douleurs dans la région, sous-hépatique ; vomissements bilieux ; pouls à 80 ; température 37°2.

Intervention : On tombe sur un ulcus prépylorique perforé non calleux de la dimension d'une pièce de cinquante centimes.

Suites opératoires normales.

Antécédents : Depuis trois à quatre ans, le malade se plaignait de brûlures d'estomac.

Lors de la mobilisation, le malade, sujet étranger, a été surexcité et cette excitation durait d'ailleurs depuis le mois de septembre 1938 pour la même raison ; il était resté irritable et son caractère s'était assombri. Les douleurs n'avaient cependant pas augmenté. Dans les premiers jours de septem-

bre, le sujet éprouve une *grande émotion avec colère*, durant plusieurs heures. Il prend, à cause d'une constipation marquée, un peu de sulfate de soude. Ayant ressenti aussitôt une douleur, il arrête la médication, mais bientôt surviennent des vomissements. Le lendemain se produisent les accidents de perforation.

OBSERVATION V (Médecin capitaine Siffre). — Armand T..., 31 ans. Ulcus perforé. (Opération à la sixième heure.)

Hospitalisé le 10 septembre 1939. Sorti le 13 octobre 1939.

Le jour même, le malade a été pris à 14 heures, de douleurs gastriques.

Vers 18 heures, douleur épigastrique, en coup de poignard. La température est à 37°, le pouls à 80. Il n'y a plus ni vomissements ni nausées.

À l'examen : contracture importante, étendue à tout l'étage sus-ombilical.

Intervention : La perforation siège sur le versant duodénal antérieur du pylore, de la grosseur d'une lentille.

Suites opératoires normales.

Antécédents : De son propre aveu, il était depuis quelque temps devenu très irritable et a eu à partir du 30 août plusieurs occasions d'éprouver de *vives colères* qui étaient suivies de crises de dépression.

OBSERVATION VI (Médecin capitaine Serny). — Robert H..., 33 ans. Ulcus du pylore perforé. (Opération à la septième heure.)

Hospitalisé le 15 septembre 1939 pour syndrome douloureux abdominal. Sorti le 20 octobre 1939.

A 11 heures du matin, brusquement douleur violente en coup de poignard, siégeant dans la région ombilicale, douleur qui a diffusé très rapidement à tout l'abdomen, s'atténuant légèrement.

Vu à seize heures.

A l'examen : contracture abdominale de tout le flanc droit. Température 38°1. Pouls 90. Toucher rectal douloureux à droite. On porte le diagnostic d'appendicite aiguë, mais la respiration, superficielle, fait suspecter une lésion haute, peut-être ulcus perforé.

Intervention d'urgence à 17 heures :

1° Appendicectomie. Appendice sans lésion suffisante pour expliquer l'épanchement péritonéal

abondant et inodore qui a été constaté dès l'ouverture du péritoine.

2° Laparotomie médiane sus-ombilicale. Découverte d'un ulcus gastrique perforé dans la région pylorique antérieure, de la dimension d'une lentille.

Suites opératoires normales.

Antécédents : Chez ce malade, on retrouve un seul épisode gastrique survenu un mois et demi avant la perforation ; à cette date se produisit une crise douloureuse épigastrique diffuse, avec hyperacidité, douleur sans rythme particulier qui dura trois ou quatre jours et fut calmée par les alcalins.

Il n'y a pas eu chez ce malade de phénomène émotif, ni d'excès alimentaire.

OBSERVATION VII (Médecin lieutenant Champeau). — Roger S..., 34 ans. Ulcère perforé du duodénum. (Opération à la deuxième heure.)

Hospitalisé le 1^{er} octobre 1939. Le jour même, à 21 h. 30, douleur en coup de poignard.

A 23 heures, le malade est amené à l'hôpital.

Examen : contracture généralisée à tout l'abdomen avec maximum au-dessus de l'ombilic ; douleur provoquée extrêmement vive ; température à 37°1 ; pouls 75.

Intervention immédiate : Laparotomie médiane sus-ombilicale : liquide en quantité moyenne. Ulcus calleux de la face antérieure de la première portion du duodénum avec une perforation lenticulaire.

Suites opératoires normales.

Antécédents : Le sujet souffre depuis deux ans de l'estomac.

Dans les dix jours qui ont précédé la perforation, le sujet a fait des écarts de régime dus autant à la nourriture différente qu'à des abus de vin, qui se sont même terminés un jour par une vraie crise d'ivresse. D'un caractère coléreux et émotif, a eu plusieurs accès de *grande colère*.

Les douleurs violentes ont repris le jour de l'incorporation, avant tout excès ; elle sont devenues quotidiennes avec deux phases d'exacerbation. La *dernière crise de colère* a eu lieu six jours avant la perforation, et le soir même le malade a ressenti des douleurs au point de se rouler par terre et de perdre connaissance pendant quelques instants. La *crise d'ivresse* a eu lieu quatre jours avant la perforation.

OBSERVATION VIII (Médecin capitaine Siffre). — Charles N..., 38 ans. Ulcus perforé pré-pylorique. (Opération à la vingt-septième heure.)

Hospitalisé le 10 octobre 1939.

La veille, à 18 heures, douleur en coup de poignard, accompagnée de vomissements.

A l'examen : température 38° ; pouls à 90. La contracture épigastrique est surtout marquée à droite. Arrêt des matières et des gaz. La région sous-ombilicale est relativement souple. On porte le diagnostic d'*ulcus gastro-duodéal perforé en péritoine cloisonné*, diagnostic confirmé par la radioscopie qui montre un croissant gazeux sous-phrénique droit des plus typiques.

Intervention immédiate. Ulcus prépylorique perforé recouvert d'adhérences épipliques lâches.

Suites opératoires : Le septième jour après l'intervention, *collection suppurée* localisée à la fosse iliaque droite et au cul-de-sac de Douglas.

Le 22 octobre 1939, réintervention.

Suites satisfaisantes.

Antécédents : Ethylisme avoué. Depuis dix ans, troubles gastriques et traitement par les poudres absorbantes.

De façon générale, le malade reconnaît qu'il est très nerveux, cet état se traduisant par de violentes disputes dans son ménage ; *cette nervosité* est exaspérée depuis la mobilisation.

Au moment de son admission d'urgence à l'hô-

pital, il souffrait depuis trois jours, les douleurs étaient devenues plus violentes que d'habitude, à la suite d'une dernière *crise de colère*.

OBSERVATION IX (Médecin capitaine Serny). — Léon B..., 44 ans. Ulcus perforé de la région bulbaire. (Opération à la douzième heure.)

Hospitalisé d'urgence le 21 octobre 1939. Sorti le 21 novembre 1939.

A l'examen : syndrome douloureux abdominal datant de douze heures, ventre de bois, respiration superficielle, douleur maxima au creux épigastrique ; disparition de la matité hépatique. Température 37°5 ; pouls 70.

Intervention :

1° Laparotomie médiane sus-ombilicale. Découverte d'un ulcus perforé de la région bulbaire antéro-inférieure.

Suites opératoires normales.

Chez la plupart des opérés, nous avons été frappés par l'existence à côté d'un passé gastrique plus ou moins certain, de facteurs d'un caractère tout à fait spécial : *accès de colère, crises d'émotion*, qui ont immédiatement précédé la perforation.

Tous les opérés, sauf le malade l'observation I avaient un passé gastrique : les uns étaient soignés depuis plusieurs mois ou plusieurs années, suivaient un régime ou avaient un traitement (obs. II, III, IV, V, VII, VIII). Un seul a ressenti les premiers symptômes un mois et demi auparavant, sous forme d'une crise douloureuse qui dura trois ou quatre jours ; la perforation se produisit sans aucun phénomène prémonitoire (obs. VI).

Chez tous les opérés, pour des raisons différentes qui furent confiées, la mobilisation a transformé brutalement la situation ; tous ont éprouvé, soit une violente émotion seule (obs. I), soit des crises de colère et d'émotion (obs. IV, V, VII, VIII). Chez certains, l'ivresse (obs. III, VII, VIII) est venue encore augmenter l'état de surexcitation ou d'émotion. Un des opérés a insisté sur le surmenage imposé par ses fonctions, et l'excès de tabac (obs. II).

Chez le malade de l'observation VIII par exemple, les douleurs ont augmenté jusqu'au paroxysme de la perforation, à la suite d'un accès de colère plus marqué survenu trois jours auparavant.

Chez un autre (obs. IV), que sa situation d'étranger rendait anxieux et irritable depuis un an, la perforation s'est produite trois jours après une émotion violente suivie d'un accès de colère de plusieurs heures.

Un autre (obs. VII) voit ses douleurs reprendre le jour de l'incorporation, avant tout excès ; une crise de colère, après d'autres, se produit six jours avant la perforation, suivie aussitôt de douleurs intenses ; deux jours après, soit quatre jours avant la perforation, crise d'ivresse.

Il nous semble bien qu'il n'y a pas dans cette série de faits, seulement de simples coïncidences ; il nous paraît que ces phénomènes *d'ordre psychique*, indépendamment de causes adjuvantes, telles que l'ivresse, les changements de régime, le tabac, ont intervenus dans le mécanisme de la perforation.

Les circonstances actuelles ne nous permettent pas d'effectuer toutes les recherches d'ordre scientifique qui nous permettraient peut-être d'étayer davantage les faits que nous venons de rapporter, mais il nous a paru intéressant de les signaler et de signaler en même temps le nombre considérable d'ulcères gastro-duodénaux en poussée évolutive qui ont été examinés et opérés au cours de ces premières semaines de mobilisation et de guerre.

Ainsi, chez deux de ces malades, aucun facteur émotionnel n'a pu être retrouvé, mais chez tous les autres, nous avons pu noter d'une part un fond d'émotivité, d'irascibilité très net, d'autre part une émotion, une crise de colère ayant immédiatement précédé la perforation.

Chez tous, pour des raisons différentes, la mobilisation a transformé la situation, tous ont éprouvé soit émotion (obs. I), soit colère et émotion (IV, V, VII, VIII), l'un a insisté sur le surmenage imposé par ses fonctions (II).

Chez un autre (IV) que sa situation d'étranger rendait anxieux et irritable, la perforation a été précédée de 3 jours par une émotion violente et un accès de colère de plusieurs heures.

Un autre (VII) voit ses douleurs reprendre le jour de l'incorporation. Chez certains (III, VII, VIII) la mobilisation est venue augmenter l'état de surexcitation ou d'émotion.

Ainsi, il nous paraît de façon certaine que des phénomènes d'ordre psychique, indépendamment de causes abjuvantes telles que : l'ivresse, les changements de régime, le tabac, sont intervenus dans le mécanisme de ces perforations.

DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES

Depuis longtemps, on a insisté sur la valeur du traitement « calmant moral » dans la tuberculose pulmonaire et le rôle des soucis, des contrariétés, dans son déclenchement. De même nous voudrions insister sur la nécessité de ne pas voir en l'ulcéreux

qu'un malade de l'estomac et de ne pas confier son sort au seul traitement médicamenteux. Il faut, dit Davies, « lui montrer les connexions entre son estomac et son esprit ». Que le calme revienne en son esprit comme se régularise l'acidité de son estomac.

Le repos moral, le calme, parallèlement au traitement de la vagotonie sont des éléments indispensables au succès.

« Rien, dit Moch, n'existe qui soit chagrin purement psychique ou douleur seulement physique, mais il n'est que des événements vivants prenant place dans notre organisme vivant. »

CONCLUSIONS

Sans aller jusqu'à affirmer l'existence d'un type morphologique particulier aux ulcéreux, on peut penser qu'à la base de l'apparition des ulcus gastro-duodénaux, laissant pourtant toute place aux diverses pathogénies encore en discussion, il existe, presque constant, un état constitutionnel particulier.

Il s'agit d'une dystonie neuro-végétative à prédominance vagotonique. L'hyperacidité rentre dans le cadre de ces manifestations.

D'autre part, on a produit des ulcères expérimentaux par action directe sur le phalamencéphale qui contrôle une série d'actes organiques sensibles aux influences psychiques.

Ainsi semble certain le facteur psychique dans l'apparition dans les récidives de l'ulcus.

L'observation, l'interrogatoire de 9 ulcères gastro-duodénaux perforés, vus au Val de Grâce du 1^{er} septembre au 15 octobre, a permis d'extraire, dans ces cas :

— outre la notion d'un état constitutionnel particulier,

— le rôle certain du facteur psychique, émotions en particulier, dans le déterminisme des perforations..

Ceci amène à souligner la valeur du repos, du traitement moral, la nécessité du calme psychique, en parallèle avec le traitement du déséquilibre neuro-végétatif.

Vu : Le Doyen,
BAUDOUIN,

Vu : Le Président,
TAPIE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- Bauer.* — Die Konstitutionnelle disposition zu immeren Krankheiten (Berlin 1921).
- Bergenstein.* — Essai de pathogénie de l'ulcère de l'estomac. Thèse, Paris 1932.
- Bergmann.* — Ulcus duodeni und vegetative nervensystem (Berlin, Klin. Woch. 1913).
- Bocca.* — Contribution à l'étude des relations entre le pneumogastrique et l'estomac (Lyon Médical, 1926).
- Bucquet et Siffre, Champeau.* — De la perforation des ulcères gastro-duodénaux. Progrès Médical. Décembre 1939.
- Connor.* — Etiology and pathogeny of peptic ulcer. Boston médical, 1926.
- Cushing.* — Surgery, gynecology and obstetric, 1932, volume 55, p. 1.
- Dahl.* — Pathogénie de l'ulcère d'estomac. Archives Maladies de l'appareil digestif et nutrition, 1920.

Davies et Wilson. — The lancet 1937. Décembre.
The life history of peptic ulcer.

Duval. — Rôle de l'infection dans les ulcus gastriques (P. Médic. Janv. 1935).

Hegeman. — Ueber die angeblichen Beziehungen des ulcus ventriculi zum asthenischen habitus (Med. Klinick, 1921).

Leriche. — Pathogénie de l'ulcus peptique post-opératoire. Congrès de l'Association française de Chirurgie de 1931.

Loeper. — Pneumogastrique et ulcus d'estomac (P. Médicale, 6-1-26).

Oberling, Kallo. — Ulcères aigus d'estomas consécutifs à des lésions expérimentales des noyaux gris centraux. Compte rendu Société de Biologie de Paris (7 déc. 1929, p. 832).

Richet. — Physiologie de l'estomac.

Shiff. — Archives de physiologie. Tome 5, p. 667-1846.

Shapiro-Ivy. — Production expérimentale d'ulcère gastrique par l'anaphylaxie locale (Archives of international Medecine, 1926).

Tscherning. — Ueber die somatische und psychische Konstitution bel ulcus ventriculi (archiv fur Verdauungsk, 1923).

Udaondo. — Ulceras del estomago y vagotonismo
(Revue de la Asociacion medica argentina,
1818, vol. 29.).

— Les ulcus de l'estomac et l'état constitutionnel.
Archives maladies appareil digestif et nutrition,
1928.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
------------------------	---

PREMIÈRE PARTIE

Pathogénie des ulcus gastro-duodénaux	13
Le rôle de l'hyperchlorydrie. — L'état vagotonique....	17

DEUXIÈME PARTIE

Le Facteur Psychique	21
OBSERVATIONS	26
Déductions thérapeutiques	39
CONCLUSIONS	41
BIBLIOGRAPHIE	43

